



# FICHE SANITAIRE

## Centre Sportif et d'animations OXYGENE

pour l'année 202...

Direction/service  
T : 01 49 20 93 64

Nom de l'enfant : .....  
Date de naissance : ...../...../..... (JJ /MM/AA)  
Lieu de naissance : .....

Prénom de l'enfant : .....  
Sexe M  F   
Code postal : .....

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI  NON

Existe-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? OUI  NON

**Si OUI**, joindre P.A.I. et /ou **ordonnance correspondante**, médicament(s) et notice(s) d'utilisation dans leur **emballage marqué au nom de l'enfant**.

**Allergies :** Asthme OUI  NON  Médicamenteuses OUI  NON   
Alimentaires OUI  NON  Autres OUI  NON

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)**

.....  
.....

**Autres recommandations**.....  
.....

Représentant légal (1) coordonnées		Représentant légal (2) coordonnées	
Nom et Prénom :		Nom et Prénom :	
N° Sécurité Sociale		N° Sécurité Sociale	
Adresse		Adresse	
Domicile		Domicile	
Travail		Travail	
Portable		Portable	
Courriel		Courriel	

AUTRE PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT (pouvant venir chercher l'enfant)		
NOM PRÉNOM	Nature du lien avec l'enfant	N° de téléphone (fixe et/ou mobile)

Je soussigné(e), **responsable de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

- Les informations recueillies ici seront utilisées et conservées par les services municipaux, uniquement pour informer et répondre aux usager-ère-s qui les sollicitent via ce formulaire. En application du Règlement général sur la protection des données (RGPD) vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données personnelles. Pour ce faire, vous pouvez contacter la Mairie de Romainville par mail : [dpo@ville-romainville.fr](mailto:dpo@ville-romainville.fr). Vous pouvez utiliser ces coordonnées pour toute question ayant trait à vos données personnelles. Vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr>).



# QUESTIONNAIRE DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

SERVICE DES SPORTS / SERVICE ACTION EDUCATIVE

Adultes et enfants

Depuis septembre 2016, le certificat médical n'est plus exigé pour l'inscription à une activité sportive municipale, sous réserve que l'intéressé (ou son représentant légal) renseigne un questionnaire de santé. Le questionnaire de santé permet de savoir si l'intéressé doit fournir un certificat médical pour s'inscrire aux activités sportives proposées par la Ville.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'intéressé ou de son représentant légal.

**Durant les 12 derniers mois, la personne concernée par l'activité sportive :**

	Oui	Non
A-t-elle eu un membre de votre famille décédé d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
A-t-elle ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
A-t-elle eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
A-t-elle eu une perte de connaissance ?		
A-t-elle arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé et a-t-elle repris l'activité sportive sans l'accord de son médecin ?		
A-t-elle débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		

**A ce jour, la personne concernée par l'activité sportive :**

	Oui	Non
Ressent-elle une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite...)?		
Sa pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé?		
A votre avis, en tant que personne concernée ou représentant légal de l'intéressé est-il nécessaire d'avoir un avis médical afin de poursuivre l'activité sportive?		

*Si vous avez répondu "Non" à toutes les questions, vous n'avez pas lieu de fournir un certificat médical pour l'intéressé. Vous devez attester sur l'honneur avoir répondu négativement à tout le questionnaire de santé à l'aide du formulaire mis à votre disposition au verso de ce document.*

*Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, vous devez consulter un médecin afin d'obtenir un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive. Sans ce dernier l'inscription ne peut être enregistrée par les services municipaux.*

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
(NOM, Prénoms)

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(Commune et département ou commune et pays si né(e) à l'étranger)

**Atteste avoir renseigné le questionnaire préalablement à ma demande d'inscription à une ou plusieurs activités sportive(s) proposée(s) par la Ville de Romainville pour l'année 202...  
et avoir répondu NON à l'ensemble des questions posées.**

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Signature